

Communication et soutien parental perçus dans des familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires

Perceived communication and parental support in families with and without suicidal teenagers

Jocelyne Pronovost, Jacques Rousseau, Nathalie Simard et Germain Couture

Volume 20, numéro 2, automne 1995

L'étiologie psychosociale en santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032359ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032359ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Pronovost, J., Rousseau, J., Simard, N. & Couture, G. (1995). Communication et soutien parental perçus dans des familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires. *Santé mentale au Québec*, 20(2), 185–202.
<https://doi.org/10.7202/032359ar>

Résumé de l'article

Cette recherche s'intéresse à deux variables familiales liées avec la problématique suicidaire à l'adolescence, soit la communication et le soutien parental. Elle vise à comparer les perceptions d'adolescents suicidaires et non suicidaires avec celles de chacun de leurs parents, afin de mieux comprendre le lien entre ces variables et la problématique suicidaire. Les résultats confirment que la communication et le soutien parental font problème dans les familles d'adolescents suicidaires. Ces dimensions sont perçues plus négativement par ces membres en comparaison du groupe contrôle, et les écarts de perception entre l'adolescent et ses parents sont de beaucoup supérieurs dans les familles d'adolescents suicidaires. Ces données soutiennent la pertinence d'une intervention familiale lorsque des problèmes familiaux sont identifiés au moment du dépistage ou de la demande de consultation d'un adolescent suicidaire.



Communication et soutien parental perçus dans des familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires

Jocelyne Pronovost
Jacques Rousseau
Nathalie Simard
Germain Couture*

Cette recherche s'intéresse à deux variables familiales liées avec la problématique suicidaire à l'adolescence, soit la communication et le soutien parental. Elle vise à comparer les perceptions d'adolescents suicidaires et non suicidaires avec celles de chacun de leurs parents, afin de mieux comprendre le lien entre ces variables et la problématique suicidaire. Les résultats confirment que la communication et le soutien parental font problème dans les familles d'adolescents suicidaires. Ces dimensions sont perçues plus négativement par ces membres en comparaison du groupe contrôle, et les écarts de perception entre l'adolescent et ses parents sont de beaucoup supérieurs dans les familles d'adolescents suicidaires. Ces données soutiennent la pertinence d'une intervention familiale lorsque des problèmes familiaux sont identifiés au moment du dépistage ou de la demande de consultation d'un adolescent suicidaire.

Devant le grand nombre de suicides et de tentatives de suicide chez les adolescents, plusieurs travaux empiriques ont été consacrés à cette problématique. Les caractéristiques familiales mises en évidence se rattachent principalement à la dynamique familiale, à la qualité des relations parents-adolescents, à un vécu de séparation ou de perte, au climat familial, enfin, à la communication entre les membres de la famille. La présente recherche compare les perceptions d'adolescents suicidaires et non suicidaires, et de chacun de leurs parents, à l'égard de la communication parent-adolescent et du soutien parental. Le thème des perceptions intrafamiliales ayant été peu exploré dans les études antérieures traitant du suicide à l'adolescence, la recherche est novatrice.

* Jocelyne Pronovost, Ph. D., et Jacques Rousseau, Ph. D., sont professeurs au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Nathalie Simard, M. A., a participé à cette recherche dans le cadre de son mémoire de maîtrise en psychologie à l'UQTR. Germain Couture, M. A., est professionnel de recherche à la même institution.

Les relations parents-adolescent

La qualité des relations familiales est cruciale pour le développement de la compétence et de la confiance avec lesquelles les adolescents font face à la transition de l'enfance au monde adulte. À cet égard, les attitudes parentales devraient encourager le développement de l'autonomie et de l'indépendance, favoriser le dialogue et être empreintes de disponibilité à donner de l'affection et du soutien (Boukris et Donval, 1990; Cordeiro, 1975; Noller et Callan, 1991). Braconnier et Marcelli (1988) ajoutent que le rôle des parents est aussi de «protéger et de contenir», voire de faire acte d'autorité si nécessaire, étant donné la vulnérabilité de l'adolescent.

Plusieurs écrits portent sur la qualité des relations parents-adolescent suicidaire. Heillig (1983), Pfeffer (1981), ainsi que Rosenbaum et Richman (1970), affirment que l'adolescent suicidaire vit une relation de symbiose avec un parent, souvent la mère, cette relation ne lui permettant pas de développer son autonomie. La mère est souvent décrite comme étant froide, rejetante et immature, sans que pour autant elle néglige les besoins physiques essentiels de ses enfants. Le père est physiquement et émotivement absent de la vie familiale; sa relation est distante et dépourvue d'affectivité (Brooksbank, 1985; Richman, 1971, Sabbath, 1969; Stephens, 1987; Wright, 1985). Asarnow et Carlson (1988), Petzel et Riddle (1981) et d'autres auteurs nommés précédemment affirment que le soutien parental est faible ou inexistant dans ces familles. Dans l'étude de Pronovost et al., (1990), les adolescents suicidaires identifient significativement moins souvent leurs parents ou un autre membre de la famille (fratrie, parents éloignés) comme confidents. Miller et al., (1992) rapportent que l'absence de chaleur, d'empathie et de soutien dans les relations parentales, ainsi qu'une plus grande surprotection paternelle, distinguent les adolescents suicidaires des non suicidaires. Dans l'étude de Wright et al., (1984), plus de la moitié des sujets suicidaires ont rapporté d'importants conflits avec leurs parents; plusieurs d'entre eux ont signifié qu'aucun des parents ne prend le temps de les écouter quand ils veulent parler de leurs problèmes. Pour les auteurs, au-delà du manque de soutien, ceci développe chez l'adolescent la perception d'un rejet parental. Tousignant et al., (1988), dans leur étude sur 2327 adolescents montréalais, ont observé que les tentatives et les idéations suicidaires sérieuses chez les adolescents sont en rapport avec la qualité perçue dans la relation avec les parents ou adultes responsables, la relation avec le père étant généralement plus négative. De plus, ils obtiennent des scores de négligence affective plus élevés chez les adolescents suicidaires comparés aux non suicidaires. Une étude plus

récente des mêmes auteurs (1993) confirme que la négligence affective parentale, particulièrement celle du père, joue un rôle plus important que la séparation dans la problématique suicidaire chez les jeunes.

La communication dans les familles d'adolescents suicidaires

Le problème de la communication a été fréquemment identifié dans les familles d'adolescents suicidaires (Farid, 1988; Garfinkel et Golombek, 1983; Northcutt, 1988; Petzel et Riddle, 1981; Rosenkrantz, 1978; Teicher, 1970, 1975). Chabrol (1984) fait d'ailleurs remarquer que peu importe que le recours au suicide soit un appel à l'aide ou un réel désir de mourir, il traduit une grave distorsion de la communication entre l'adolescent et sa famille.

D'après Molin (1986) et Richman (1979, 1986), il existe dans cette famille des règles implicites de communication interdisant l'expression des besoins de ses membres. Heillig (1983) et Orbach (1986) relatent que les familles de suicidaires véhiculent beaucoup de doubles messages (double bind) et que les parents sont inconstants dans leurs demandes à l'adolescent, ce qui lui laisse peu de contrôle sur son environnement. L'expression d'hostilité et de manque de confiance dont font preuve les parents produit chez ce dernier un sentiment de mise à distance du reste de la famille, ce qui le rend incapable d'aller chercher du support auprès d'eux (Northcutt, 1988). Plusieurs auteurs dont Pfeffer et al., (1984), Spirito et al., (1989), ainsi que Stivers (1988), spécifient que les familles n'entendent pas les messages verbaux de l'adolescent, qu'ils rejettent toute possibilité de dialogue et ont une attitude de critique face à ses agirs. Albers et al., (1986) ont observé qu'il y a peu de place pour l'expression des émotions dans les familles d'adolescents suicidaires et soulignent que les parents utilisent la critique comme mode de communication. De même, Pelsser (1989) mentionne que ces parents ont une attitude rejetante envers leur adolescent et qu'ils sont peu impliqués émotionnellement.

Selon Heillig (1983), Pfeffer (1981), et Richman (1986), les familles «suicidaires» vivent des problèmes et des échecs répétés dans l'exercice des rôles sociaux. Ces échecs ont pour fonction de maintenir la stabilité du système familial en le refermant sur lui-même et en l'isolant de l'environnement. Dans cette perspective, le comportement suicidaire de l'adolescent est vu comme une stratégie qui vise le maintien de l'intégrité du système familial et le protège de l'éclatement (Aldridge et Dalos, 1986). Samy (1989) stipule que face au stress, certaines familles réagissent en minimisant la portée du conflit et en repoussant le rétablissement de la communication familiale. Elles cher-

cheraient de cette façon à ignorer l'existence d'un problème alors qu'elles auraient alors dû transmettre l'inquiétude ou la désapprobation appropriée. L'auteur fait de plus remarquer que le retrait et la fuite font aussi partie de la symbolique suicidaire et que dans ces familles, les conflits ne se résolvent jamais.

Stansbury (1985) a trouvé des différences significatives au niveau de la communication entre des adolescents suicidaires et non suicidaires, les premiers évaluant qu'il y avait beaucoup moins de communication dans leurs familles que les sujets du deuxième groupe. Dans le même sens, les résultats de l'étude de Miller et al., (1992) ont démontré qu'en comparaison des adolescents non suicidaires, les suicidaires estiment avoir une mauvaise communication avec leurs parents, et de façon plus significative avec leur père.

Les perceptions à l'égard des relations familiales

L'insatisfaction d'adolescents «normaux» et leurs difficultés à communiquer avec leurs parents, et cela davantage avec leur père, sont rapportées dans la documentation scientifique (Barnes et Olson, 1985; Cloutier et Groleau, 1988). Les travaux de Parker et al., (1979) avaient démontré que les mères sont perçues comme étant plus supportantes ou «soignantes» que les pères, et plus surprotectrices aussi. Claes et al., (1994), analysant le réseau social et la proximité des relations chez des adolescents, ont trouvé que la mère obtient le niveau de proximité le plus élevé parmi les membres de la famille nucléaire; le père occupe le niveau le plus faible. Pour Cloutier et Groleau (1988), c'est d'abord la qualité de la communication établie entre l'adolescent et son père ou sa mère qui rend cette relation satisfaisante et non pas l'autonomie qu'ils lui accordent. Les résultats de leur étude portant sur 618 adolescents et leurs parents révèlent que les parents, surtout les pères, rapportent être plus satisfaits de la communication parent-adolescent que ne le font leurs jeunes. Ces derniers se disent également plus satisfaits de la communication avec leur mère qu'avec leur père. De même, dans l'étude de Barnes et Olson (1985) faite auprès de 426 familles, les parents ont rapporté significativement plus d'ouverture et très peu de problèmes de communication avec leurs enfants, alors que ces derniers ont évalué plus négativement leur communication. Selon Noller et Callan (1986), ces différences de perceptions entre parents et adolescents sont le résultat de deux biais, soit le besoin des parents de présenter leur famille sous un jour favorable et celui de l'adolescent de développer une identité séparée et de se distancer de ses parents et sa famille. L'opinion de Cloutier et Groleau (1988) à propos de ces différences

perceptuelles est tout autre: la satisfaction très élevée des mères, et encore plus des pères, pourrait signifier une certaine insensibilité parentale aux frictions ressenties par les jeunes. Cette perception parentale que «tout va bien» dans la communication ne favorise pas une remise en question mais au contraire, maintient le «statu quo».

Certaines recherches visaient plus précisément à comparer des groupes d'adolescents suicidaires et non suicidaires. Les travaux de Khan (1987) ont étudié les perceptions d'adolescents et de leurs parents dans trois groupes d'étude: a) des adolescents suicidaires hospitalisés, b) des adolescents non suicidaires hospitalisés et c) des adolescents non suicidaires non hospitalisés. Les adolescents des trois groupes ont décrit leurs parents comme étant peu engagés dans une communication constructive et sensée, ce qui est à l'opposé de ce que les parents ont eux-mêmes décrit. Ces derniers ont par ailleurs exprimé se sentir plus concernés que leurs adolescents quand la relation qu'ils ont avec eux est insatisfaisante. Les adolescents suicidaires ont révélé que lorsqu'ils étaient jeunes, leurs parents les blâmaient pour tout ce qui n'allait pas dans la famille, ce en quoi ils se distinguaient des deux groupes contrôles.

Les résultats de l'étude de Miller et al., (1992) ont démontré qu'en comparaison des adolescents non suicidaires «normaux», les adolescents suicidaires estiment avoir une mauvaise communication avec leurs parents et cela, de façon significative, surtout avec leur père. Par contre, aucune différence n'a été trouvée entre les groupes d'adolescents suicidaires et des jeunes non suicidaires présentant des problèmes psychiatriques. Suite à ces constatations, les auteurs ont énoncé que la communication semble être une variable critique en regard de la psychopathologie adolescente en général et non spécifiquement par rapport aux adolescents suicidaires.

Objectif de la recherche

L'objectif de cette étude était de comparer les perceptions d'adolescents suicidaires et non suicidaires, et de chacun de leurs parents, à l'égard de la communication parent-adolescent et du soutien parental, afin de mieux comprendre le lien de ces variables avec la problématique suicidaire. L'hypothèse générale est qu'il existe des différences significatives entre les familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires à l'égard de la communication et du soutien parental: ces dimensions seraient perçues plus négativement par les membres des familles d'adolescents suicidaires. Nous voulions aussi vérifier si l'écart entre les

perceptions des adolescents et celles de leurs parents diffère de façon significative dans les deux types de familles.

Méthodologie

Instruments de mesure

L'évaluation du potentiel suicidaire des adolescents a été effectuée à l'aide du *Suicide Probability Scale* (Cull et Gill, 1982)¹. Cette échelle de type Likert mesure quatre dimensions cliniques (le désespoir, les idéations suicidaires, l'évaluation négative de soi et l'hostilité) dont l'association, selon les auteurs, augmente le risque suicidaire chez un individu. Les répondants doivent se prononcer sur 36 énoncés (pensées, sentiments et comportements) en estimant la fréquence avec laquelle ils les expérimentent, soit «jamais ou très peu», «quelquefois», «assez souvent», «toujours ou très souvent». L'évaluation du risque suicidaire se fait en classifiant le score total de 0 à 100 (absence de risque: 0-24; risque léger: 25-49; modéré: 50-74; sévère: 75-100). La consistance interne de l'échelle totale est de 0,93, et pour les sous-échelles de 0,85 (HP), 0,89 (SI), 0,78 (HS), 0,62 (NSE). La fidélité (méthode split-half) est de 0,93 pour l'échelle totale et celle des sous-échelles varie de 0,58 à 0,88. La corrélation «test-retest» après dix jours est de 0,94 pour l'échelle totale.

Le questionnaire utilisé pour mesurer le soutien parental est le *Parental Bonding Instrument* (Parker et al., 1979). Cette échelle de type Likert comporte 25 items et mesure deux dimensions de la relation parent-enfant, soit la qualité des soins/implication et le contrôle/surprotection. L'adolescent doit estimer si chacun des énoncés représente un portrait «très semblable», «un peu semblable», «un peu différent» ou «très différent» des attitudes qu'il perçoit chez chacun de ses parents à son égard. Les parents doivent répondre de même à l'égard de leur adolescent. La sous-échelle «soins» comprend 12 items et sa cote maximale est de 36 points, alors que la sous-échelle «contrôle» comporte 13 items pour un maximum de 39 points. Les deux sous-échelles ont une bonne fidélité interne, soit de 0,88 et 0,74 par la méthode moitié-moitié (split-half). Les corrélations «test-retest» après trois semaines sont de 0,76 pour la sous-échelle «soins» et de 0,63 pour la sous-échelle «contrôle».

Le *Parent-Adolescent Communication Scale* (Barnes et Olson, 1982) a été utilisé pour évaluer la communication. Son échelle de 20 questions regroupe deux composantes de la communication familiale, soit «l'ouverture» et les «problèmes ou blocages» de communication. L'adolescent doit indiquer, en se rapportant à sa communication avec

son père ou sa mère, si l'énoncé lui apparaît vrai ou faux. Il en est de même pour chacun des parents en regard de leur communication avec leur enfant. Chacune des composantes contient dix items qui obtiennent un maximum de dix points. L'instrument comporte une bonne consistance interne: la valeur du coefficient alpha de Cronbach étant de 0,78 et 0,87 pour les sous-échelles «blocage» et «ouverture», et de 0,88 pour l'échelle totale.

Sujets

Les sujets proviennent d'une école secondaire de la Mauricie. La totalité des groupes-classes de niveaux secondaires III à V du programme d'enseignement régulier a été évaluée. Un total de 441 adolescents, soit 232 filles (52,6 %) et 209 garçons (47,4 %) ont répondu aux questionnaires. Ils sont âgés de 14 ans à 19 ans et sept mois. Les trois instruments de mesure ont d'abord été administrés, et la population d'étude a été constituée suite aux scores obtenus à l'échelle de risque suicidaire *Suicide Probability Scale*. Les adolescents et adolescentes ayant obtenu un score de 50 et plus forment le groupe des suicidaires; ceux et celles qui ont obtenu un score de 24 et moins (absence de risque) forment le groupe des non suicidaires. Ces seuils, rappelons-le, sont ceux retenus par les auteurs de l'échelle dans leur classification du risque suicidaire (Cull et Gill, 1982).

Finalement, 70 adolescents, soit 38 filles et 32 garçons, présentant un risque suicidaire ont été retenus. Ces adolescents ont été jumelés à autant d'étudiants du groupe des «non-suicidaires» en tenant compte des caractéristiques socio-démographiques suivantes: sexe, âge, niveau scolaire et situation familiale (état civil des parents et lieu de résidence du jeune). Par la suite, les questionnaires (versions père et mère) sur la communication et le soutien parental, ainsi qu'une lettre expliquant le but de la recherche, ont été acheminés aux parents. Les protocoles de 98 parents ont été complétés et retournés conformément aux procédures. Leurs adolescents ont conséquemment été retenus pour la présente étude, soit 98 sujets qui se répartissent comme suit: 50 adolescents suicidaires – soit 30 filles (60 %) et 20 garçons (40 %) – et 48 non-suicidaires – soit 27 filles (56,3 %) et 21 garçons (43,8 %).

Résultats

Rappelons que les instruments de mesure ont été administrés aux adolescents des deux groupes ainsi qu'à leurs parents. Puisque les adolescents répondaient deux fois aux questionnaires, soit concernant leur relation avec leur mère puis avec leur père, nous disposons pour

Tableau 1
Caractéristiques des adolescents pour le niveau académique et les variables socio-démographiques

Groupes	Suicidaires		Non suicidaires		Total	
	N	%	N	%	N	%
Niveau scolaire						
Secondaire 3	29	58,0	23	47,9	52	53,0
Secondaire 4	10	20,0	15	31,3	25	25,5
Secondaire 5	11	22,0	10	20,8	21	21,4
État civil des parents						
Marié	32	64,0	34	70,8	66	67,3
Séparé-Divorcé	14	28,0	11	22,9	25	25,5
Veuf, veuve	4	8,0	3	6,3	7	7,1
Milieu familial						
Biparental	31	62,0	34	70,8	65	66,3
Monoparental	13	26,0	12	25,0	25	25,5
Recomposé	6	12,0	2	4,2	8	8,1

Note: Les parents des 98 adolescents qui constituent notre population d'étude sont au nombre de 96 mères et de 76 pères. Ils se répartissent comme suit:

74 mères et 74 pères (couple parental) ont chacun répondu pour leur adolescent;

22 mères ont répondu seules pour leur adolescent;

2 pères ont répondu seuls pour leur adolescent.

chaque groupe de quatre mesures d'une même variable au sein d'une famille donnée. En raison de données manquantes chez certaines familles, le nombre de sujets varie parfois en fonction des analyses présentées. La majorité des données manquantes s'expliquent par le fait que quelques parents n'ont pas répondu en tout ou en partie aux différents questionnaires. Des tests-t ont été effectués pour vérifier l'hypothèse d'une différence significative entre les adolescents suicidaires et les non-suicidaires. La correction Bonferroni a été appliquée pour les analyses touchant les quatre dimensions évaluées (ouverture, blocage, soin et surprotection).

Le tableau 2 présente les moyennes et les écarts-types obtenus par chacun des groupes en ce qui concerne la perception que les adolescents ont de leur relation avec leur mère et, réciproquement, la perception que les mères ont de leur relation avec leur enfant.

On note premièrement les écarts prononcés et significatifs entre les perceptions des adolescents des deux groupes. En effet, les adolescents suicidaires perçoivent de façon nettement plus négative leur relation avec leur mère tant en ce qui a trait à la communication qu'à la

Tableau 2
Moyennes (écarts-types) observées chez les mères et les
adolescents de chaque groupe pour les dimensions
«communication» et «soutien» et résultats de tests-t comparant
les moyennes des deux groupes

	Groupes				test-t
	Suicidaires		Non suicidaires		
	(n)		(n)		
	m	σ	m	σ	
<hr/>					
Perception de l'adolescent vis-à-vis sa mère	(50)		(48)		
Communication					
Ouverture	5,76	(3,1)	8,08	(2,1)	4,30***
Blocage	5,76	(2,3)	3,56	(2,2)	4,77***
Soutien					
Soins	23,80	(9,1)	30,77	(5,9)	4,52***
Surprotection	15,66	(8,8)	7,37	(6,4)	5,35***
Perception de la mère vis-à-vis l'adolescent	(48)		(48)		
Communication					
Ouverture	7,68	(1,8)	8,62	(1,6)	2,69**
Blocage	4,70	(2,3)	3,06	(2,1)	3,63***
Soutien					
Soins	29,75	(5,3)	32,37	(3,9)	2,74**
Surprotection	9,17	(5,2)	7,89	(5,6)	1,15

** p<.01

*** p<.001

qualité du soutien reçu. Notons, afin de faciliter l'interprétation, que dans le cas des variables «blocage» et «surprotection», plus le score est élevé, plus la dimension évaluée est perçue négativement. Au contraire, pour les variables «ouverture» et «soins», un score élevé correspond à une perception positive. On peut également constater, au tableau 2, que les mères d'adolescents suicidaires se distinguent elles aussi des mères de l'autre groupe en ce qui a trait aux perceptions de la qualité de la communication avec leur enfant. Elles évaluent en effet plus négativement l'ouverture dans la communication et rapportent davantage de problèmes de communication. En ce qui a trait à l'évaluation que les mères font de leur propre soutien vis-à-vis de l'adolescent, les mères d'adolescents suicidaires s'attribuent elles-mêmes moins de soins et d'implication que les mères de l'autre groupe. Cependant, aucune différence significative n'apparaît entre les deux groupes de mères en ce qui concerne leur évaluation du contrôle exercé ou de la surprotection. Bien

qu'il demeure significatif pour trois des variables mesurées ici, l'écart entre les perceptions des mères des deux groupes paraît beaucoup moins prononcé que l'écart entre les perceptions des adolescents.

On retrouve au tableau 3 les résultats et les analyses concernant les perceptions des relations entre pères et adolescents. On observe premièrement que, tout comme dans le cas des relations avec les mères, les différences entre les deux groupes sont encore une fois très marquées. Les adolescents suicidaires perçoivent leurs relations avec leur père de façon plus négative, tant en ce qui a trait à la communication qu'à la qualité du soutien reçu.

En ce qui concerne les perceptions paternelles, c'est par rapport à la communication que la différence entre les deux groupes est la plus marquée. Les pères d'adolescents suicidaires, tout comme les mères du même groupe, rapportent davantage de problèmes de communication

Tableau 3

Moyennes (écarts-types) observées chez les pères et les adolescents de chaque groupe pour les dimensions «communication» et «soins» et résultats de tests-t comparant les moyennes des deux groupes

	Groupes				test-t
	Suicidaires		Non suicidaires		
	(n)		(n)		
	m	σ	m	σ	
<hr/>					
Perception de l'adolescent vis-à-vis sa mère	(50)		(48)		
Communication					
Ouverture	4,08	(2,6)	7,13	(2,8)	5,32***
Blocage	6,39	(1,9)	3,60	(2,0)	6,75***
Soutien					
Soins	19,17	(9,9)	27,71	(7,9)	4,56***
Surprotection	15,58	(9,2)	8,1	(6,1)	4,59***
Perception du père vis-à-vis l'adolescent	(36)		(41)		
Communication					
Ouverture	6,69	(2,6)	8,05	(1,9)	2,56
Blocage	5,41	(2,2)	3,56	(2,5)	3,45***
Soutien					
Soins	27,88	(7,1)	29,87	(6,5)	1,25
Surprotection	9,71	(5,7)	7,07	(5,4)	2,05

** $p < .01$

*** $p < .001$

avec leur adolescent que les pères des adolescents non suicidaires. Concernant le soutien que les pères estiment offrir à leur adolescent, on observe qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.

Afin d'étudier les écarts entre les perceptions des adolescents et celles de leurs parents, nous avons calculé un score différentiel pour chacune des variables mesurées. On l'obtient en soustrayant le résultat d'un parent de celui de son enfant pour une variable donnée. Puisque la variation peut être positive ou négative et que les comparaisons entre les deux groupes se font à partir des moyennes, c'est la valeur absolue de ce score différentiel qui est utilisée ici. On retrouve au Tableau 4 ces écarts entre les perceptions de l'adolescent et celles de ses deux parents, ainsi que les analyses comparant les deux groupes. Pour trois des variables mesurées, on note que les écarts entre les perceptions des adolescents suicidaires et celles leurs parents sont plus grands que ceux observés au sein des familles d'adolescents non suicidaires, tant dans la relation avec la mère qu'avec le père. On observe, pour les variables liées au soutien,

Tableau 4

Écarts moyens observés entre les réponses des adolescents et celles de leurs parents pour les quatre mesures de la qualité des relations

	Groupes				test-t
	Suicidaires		Non suicidaires		
	(n)		(n)		
	m	σ	m	σ	
<hr/>					
Perception de l'adolescent vis-à-vis sa mère	(50)		(48)		
Communication					
Ouverture	2,64	(2,3)	1,54	(1,6)	2,71**
Blocage	2,35	(1,8)	1,92	(1,5)	1,28
Soutien					
Soins	8,17	(5,7)	4,27	(5,2)	3,48***
Surprotection	8,92	(7,4)	4,35	(4,9)	3,54***
Écarts adolescent-père	(36)		(41)		
Communication					
Ouverture	2,89	(2,3)	1,51	(1,6)	3,06**
Blocage	2,13	(1,8)	1,56	(1,5)	1,53
Soutien					
Soins	9,28	(7,9)	5,82	(5,6)	2,15
Surprotection	9,05	(6,3)	5,30	(5,0)	2,84**

** $p < .01$

*** $p < .001$

que les écarts entre les perceptions des mères et celles de leur enfant sont deux fois plus grands au sein du groupe des adolescents suicidaires. La même tendance s'observe pour les écarts perceptuels entre les adolescents et leur père en ce qui touche la surprotection. Au niveau de la communication, même si l'écart entre les deux groupes est moins prononcé, on observe une différence significative en ce qui a trait à l'ouverture, les différences perceptuelles étant plus marquées dans le groupe des adolescents suicidaires.

En complément, nous avons vérifié s'il existe un lien entre les différences perceptuelles et le type de relation considérée, c'est-à-dire la relation adolescent-mère ou adolescent-père. Pour ce faire, nous avons procédé à des analyses de variance multivariées, étudiant l'aspect communication, puis l'aspect soutien. Ces analyses ont révélé qu'il n'y avait aucun effet d'interaction groupe par type de relation, ni en ce qui a trait à la communication ($F_{\text{mult}} = 0,112$; $p = .89$), ni en ce qui concerne le soutien ($F_{\text{mult}} = 0,093$; $p = .91$). Les écarts perceptuels semblent donc similaires, qu'il s'agisse de la relation mère-adolescent ou de la relation père-adolescent.

Discussion

Les résultats confirment notre hypothèse qu'il existe des différences significatives entre les familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires. Il ressort que les dimensions reliées à la communication et au soutien parental sont perçues plus négativement par les membres des familles d'adolescents suicidaires. Ces données concordent avec de nombreux écrits qui mettent en évidence, dans ces familles, l'existence d'un climat conflictuel, d'un faible soutien parental ainsi que de difficultés de communication entre parents et enfants. Entre autres, les adolescents suicidaires perçoivent plus négativement les relations avec leur mère et avec leur père que les adolescents de l'autre groupe.

Un autre constat ressort de cette recherche: l'écart entre les perceptions des adolescents et celles de leurs parents. Nous observons de prime abord que cet écart perceptuel est présent et va dans le même sens dans les deux types de familles. Pour des auteurs comme Claes (1983) et Smetana et al., (1991), les désaccords entre parents et adolescents apparaissent être «un aspect normal et adaptatif» de l'adolescence; ils ponctuent le cheminement que vit le jeune pour développer son identité et son autonomie. Cependant, ce qui ressort de façon majeure de l'analyse des résultats est que l'écart perceptuel est beaucoup plus marqué dans les familles d'adolescents suicidaires. Il est notamment deux fois plus grand entre les perceptions des mères et celles de leur jeune dans

les familles d'adolescents suicidaires en ce qui a trait aux dimensions du soutien parental. Ainsi, les mères se perçoivent comme étant beaucoup plus soignantes et moins surprotectrices que ce qu'en témoignent les adolescents. Il est aussi intéressant de constater que les pères d'adolescents suicidaires ont une perception équivalente à celle des pères de l'autre groupe pour le soutien qu'ils prodiguent, alors que leurs adolescents suicidaires évaluent beaucoup plus négativement cette dimension.

Certaines études menées dans des populations générales font état du fait que les mères sont perçues par les adolescents comme étant plus soignantes et plus surprotectrices que les pères (Barnes et al., 1985; Cloutier et al., 1988; Parker et al., 1979) et ont un niveau de proximité plus élevé avec leur fils ou leur fille (Claes, 1994). D'autres études sur les adolescents suicidaires font ressortir que la communication est perçue comme étant plus mauvaise avec le père (Miller, 1992) et que la négligence affective paternelle est plus grande (Tousignant et al., 1993). Cependant, ces études évaluent seulement les perceptions des adolescents et témoignent conséquemment de leur seul point de vue. Dans notre recherche, les résultats obtenus aux analyses de variance multivariées montrent que lorsque les points de vue des parents sont mis en interaction avec ceux de leur adolescent, les écarts perceptuels semblent comparables pour la relation mère-adolescent et père-adolescent. Il serait intéressant que d'autres recherches traitant du suicide à l'adolescence s'appliquent à cueillir des données autant chez les jeunes que chez les autres membres de la famille afin de brosser un tableau plus exact du vécu familial.

Comme le témoigne la présence de difficultés de communication plus accentuées dans les familles d'adolescents suicidaires, on peut penser que la proximité relationnelle parents-jeunes est moins grande dans ces familles. Ces adolescents semblent vivre davantage d'insatisfaction dans leurs relations avec les parents, et on peut penser que ces derniers ont plus de difficulté à percevoir l'état affectif de leur jeune. Comme la dépression est une variable hautement associée à la présence d'idéations et de comportements suicidaires, nous ne pouvons pas faire abstraction du fait que l'adolescent suicidaire puisse éprouver des affects dépressifs pouvant influencer son évaluation de la réalité et sa perception de sa relation avec ses parents. Son état de vulnérabilité peut l'amener à ressentir intensément les manques affectifs et à dramatiser toute distance relationnelle, si faible ou passagère soit-elle. On peut aussi penser que dans les familles d'adolescents suicidaires, les parents nient l'existence de lacunes ou de problèmes dans leurs relations avec leurs adolescents ou n'en apparaissent pas conscients. Certains auteurs

font état d'une tendance, dans les familles d'adolescents suicidaires, à nier les problèmes ou à les minimiser. Comme l'ont mentionné Cloutier et Groleau (1988), la perception des parents que « tout va bien » avec leur jeune ne va pas dans le sens d'une remise en question relationnelle. Cet état de fait ne peut qu'engendrer des conflits entre parents et adolescent, d'autant plus que les données soutiennent que la communication fait défaut dans les familles d'adolescents suicidaires.

Dans leur recherche menée auprès d'un échantillon d'adolescents québécois, Claes et al., (1994) ont trouvé une corrélation positive entre la fréquence des échanges avec la mère et le père, ou la fréquence des activités partagées avec eux, et le niveau d'ajustement personnel de l'adolescent. De même, Barnes et Olson (1985) avaient observé un niveau de cohésion, d'adaptabilité et de satisfaction plus élevé dans les familles qui ont une bonne communication. Une enquête menée auprès d'un échantillon de 3204 adolescents québécois de niveau secondaire (Cloutier et al., 1994) fait également ressortir que la qualité relationnelle dans la famille est un déterminant puissant de la qualité de vie personnelle et sociale des adolescents. Les auteurs ont trouvé que les problèmes personnels de l'adolescent, ses habitudes de consommation d'alcool et de drogues ainsi que la perception qu'il a de son avenir sont corrélés significativement à la cohésion et à la discorde familiale et à la relation avec les parents. Ces données confirment que la qualité des relations parents-adolescents a un impact majeur dans la vie de tout adolescent, notamment chez l'adolescent suicidaire qui est particulièrement vulnérable.

CONCLUSION

Un survol de la documentation scientifique met en évidence de nombreux problèmes dans les relations parents-adolescents quant à la communication et au soutien parental. Notre recherche visait à comparer les perceptions des adolescents et celles de leurs parents sur ces variables, alors que la majorité des études sur le sujet évaluent seulement le point de vue de l'adolescent. Les résultats obtenus confirment que la communication et le soutien parental posent problème dans les familles d'adolescents suicidaires. Il ressort notamment que ces dimensions y sont perçues plus négativement en comparaison du groupe contrôle, et que les écarts de perception entre l'adolescent et ses parents sont de beaucoup supérieurs dans les familles d'adolescents suicidaires.

Ces données soutiennent la pertinence de l'intervention familiale lorsque des problèmes familiaux sont identifiés au moment du dépistage ou de la demande de consultation d'un adolescent suicidaire. En plus d'apporter une aide psychologique à l'adolescent, l'intervention offre

un soutien à la famille. Dans ce sens, elle pourrait être axée sur l'amélioration du soutien parental à l'adolescent et sur le développement d'habiletés de communication positives au sein de la famille, telles l'écoute active, l'empathie, l'expression des émotions, des besoins et des conflits. Il faut cependant garder en perspective que l'adolescent, à cette période de vie, doit distendre ses relations avec ses parents et sa famille dans la quête de son autonomie. L'intervention familiale auprès de l'adolescent suicidaire demande que les problèmes soient reconnus par l'adolescent et par au moins un de ses parents et qu'une démarche de changement soit acceptée. Il faut à cet égard tenir compte de l'état de détérioration familiale ainsi que de la capacité et de la réceptivité des parents à s'investir dans la thérapie. Dans la négative, une intervention individuelle devrait être offerte à l'adolescent qui a besoin d'être soutenu dans sa démarche d'autonomisation et dans les deuils qu'il doit faire en regard des attentes qu'il a de ses parents.

La prévention du suicide, et de bien d'autres formes d'inadaptations, commence d'abord par le soutien à la famille. De façon plus spécifique, l'intervention précoce auprès des familles à risque de négligence s'avère indiquée pour prévenir le suicide qui touche des enfants de plus en plus jeunes. Dans la poursuite de recherches futures, il serait intéressant de considérer les facteurs intergénérationnels ainsi que les variables sociales et environnementales qui peuvent déterminer les comportements et les représentations familiales étudiées ici.

NOTE

1. Traduction effectuée par Manon Cloutier, dans le cadre du projet de recherche «Programme d'intervention auprès des familles d'adolescents suicidaires» (Pronovost, J., Gagnon, G., Rousseau, J., 1993). Equipe de Recherche en Intervention Psycho-éducative, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

RÉFÉRENCES

- ALBERS, L.J., DOANE, J.A., MINTZ, J., 1986, Social competence and family environment: 15 year follow-up of disturbed adolescents, *Family Process*, 25, 379-389.
- ALDRIDGE, D., DALLOS, R., 1986, Distinguishing families where suicidal behavior is present from families where suicidal behavior is absent, *Journal of Family Therapy*, 8, 243-252.
- ASARNOW, J.R., CARLSON, G., 1988, Suicide attempts in preadolescent child psychiatry inpatients, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 18, 2, 129-136.

- BARNES, H.L., OLSON, D.H., 1985, Parent-adolescent communication and the circumplex model, *Child Development*, 56, 438-447.
- BOUKRIS, S., DONVAL, E., 1990, *L'adolescence l'âge des tempêtes*, Editions Hachette, Paris.
- BRACONNIER, A., MARCELLI, D., 1988, *L'adolescence aux milles visages*, Editions Universitaires, Paris.
- BROOKSBANK, D.J., 1985, Suicide and parasuicide in childhood and early adolescence, *British Journal of Psychiatry*, 146, 459-463.
- CHABROL, H., 1984, *Les comportements suicidaires de l'adolescent*, PUF, Paris.
- CLAES, M., POIRIER, L., ARSENAULT, M.J., 1994, Le réseau social d'un échantillon d'adolescents québécois: proximité des relations et adaptation personnelle, *Santé mentale au Québec*, XIX, 2, 224-233.
- CLOUTIER, R., GROLEAU, G., 1988, Responsabilisation et communication: les clés de l'adolescence, *Santé mentale au Québec*, 13, 2, 59-68.
- CLOUTIER, R., CHAMPOUX, L., JACQUES, C., 1994, *Ados, familles et milieu de vie*, Centre de recherche sur les services communautaire, Université Laval.
- CORDEIRO, J.C., 1975, *L'adolescent et sa famille*, Privat, Toulouse.
- CULL, J.G., GILL, W.S., 1982, *Suicide Probability Scale*, Western Psychological Services, Los Angeles.
- GARFINKEL, B.D., GOLOMBEK, G.H., 1983, Suicidal behavior in adolescence, in Garfinkel, B.D., Golombek, G.H., eds., *The Adolescent and Mood Disturbance*, International University Press, 189-217.
- HEILLIG, R.J., 1983, *Adolescent Suicidal Behavior: A Family Systems Models*, UMI Research Press, American Arbor, Michigan.
- KHAN, A.U., 1987, Heterogeneity of suicidal adolescents, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 1, 92-96.
- MCKENRY, P.C., TISHLER, C.L., KELLEY, C., 1982, Adolescent suicide: A comparison of attempters and nonattempters in a emergency room population, *Clinical Pediatrics*, 21, 5, 266-270.
- MILLER, K.E., KING, C.A., SHAIN, B.N., NAYLOR, M.W., 1992, Suicidal adolescents' perception of their family environment, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 20, 226-239.
- MOLIN, R.S., 1986, Covert suicide and families of adolescents, *Adolescence*, 21, 81, 177-184.
- NOLLER, P., CALLAN, V.J., 1991, *The Adolescent in the Family*, Ed. Routledge, London.
- NORTHCUTT, C., 1988, *Interaction Patterns in Families with Suicidal and non Suicidal Adolescents*, California school of professional psychology, Alameda, Berkeley.

- ORBACH, I., 1986, The insolvable problem as a determinant in the dynamics of suicidal behavior in children, *American Journal of Psychotherapy*, 40, 4, 511-520.
- PARKER, G., TUPLING, H., BROWN, B., 1979, A Parental Bonding Instrument, *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- PELSSER, R., 1989, Le suicide et le meurtre, *Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Gaëtan Morin, Boucherville, Québec.
- PETZEL, S.V., RIDDLE, M., 1981, Adolescent suicide: psychosocial and cognitive aspects, *Adolescent Psychiatry*, 9, 343-398.
- PFEFFER, C.R., 1981, The family system of suicidal children, *American Journal of Psychotherapy*, 35, 330-341.
- PFEFFER, C.R., ZUKERMAN, S., PLUTICHIK, R., MIZRUCHI, M.S., 1984, Suicidal behavior in normal school children: a comparaison with psychiatric inpatients, *Journal of Academy of Child Psychiatry*, 23, 4, 416-423.
- PRONOVOST, J., CÔTÉ, L., ROSS, C., 1990, Étude épidémiologique des comportements suicidaires chez les adolescents de niveau secondaire, *Santé mentale au Canada*, 38, 10-16.
- RICHMAN, J., 1971, Family determinants of suicidal potential, in Anderson, D.B., McLean, L.J., eds, *Identifying Suicidal Potential*, Behavior Publications, New York, 33-54.
- RICHMAN, J., 1979, The family therapy of attempted suicide, *Family Process*, 18, 131-142.
- RICHMAN, J., 1986, *Family Therapy for Suicidal People*, Springer, New York.
- ROSENBAUM, M., RICHMAN, J., 1970, Suicide: The role of hostility and death wishes from the family and significant others, *American Journal of Psychiatry*, 126, 1652-1655.
- ROSENKRANTZ, A.L., 1978, A note on adolescent suicide: incidence, dynamics and some suggestions for treatment, *Adolescence*, 13, 50, 209-214.
- SABBATH, J., 1969, The suicidal adolescent – The expendable child, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 8, 272-289.
- SAMY, M.H., 1989, Le syndrome de l'adolescent suicidaire: considérations cliniques, in Caglar, H., Ladame, F., Raimbault, G., Samy M.H., eds., *Adolescence et Suicide*, ESF, Paris, 37-57.
- SPIRITO, A., BROWN, L., OVERHOLSER, J., FRITZ, G., 1989, Attempted suicide in adolescence. A review and critique of literature, *Clinical Psychology Review*, 9, 335-363.
- STANSBURY, M., 1985, *Comparison of Adolescent Perceptions of Family Dynamics in Families with either a Suicidal, Emotionally Disturbed/non Suicidal, or nonproblematic Adolescent*, (Thèse de doctorat, The Ohio State University), UMI Dissertation Services, Michigan.

- STEPHENS, J.B., 1987, Cheap thrills and humble pie: The adolescence of female suicide attempter, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17, 2, 107-118.
- STIVERS, C., 1988, Parent-adolescent communication and its relationship to adolescent depression and suicide proneness, *Adolescence*, 23, 90, 147-159.
- TEICHER, J.D., 1970, Children and adolescents who attempt suicide, *Pediatric Clinic of North America*, 17, 687-696.
- TEICHER, J.D., 1975, Children who choose death, *Emergency Medicine*, 7, 136-142.
- TEICHER, J.D., 1979, Suicide and suicide attempts, in Hoshpitz, J.D., ed., *Basic Handbook of Child Psychiatry*, 2, Basics Books, New York, 685-697.
- TOUSIGNANT, M., BASTIEN, M.F., HAMEL, S., 1993, Suicidal attempts and ideations among adolescents and young adults: the contribution of the father's and mother's care and of parental separation, *Social Psychiatry Epidemiology*, 28, 256-261.
- TOUSIGNANT, M., HAMEL, S., BASTIEN, M.F., 1988, Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire, *Santé mentale au Québec*, 13, 2, 79-93.
- WRIGHT, L.S., 1985, Suicidal thoughts and their relationship to family stress and personel problems among high school seniors and college undergraduates, *Adolescence*, 20, 79, 575-580.
- WRIGHT, L.S., SNODGRASS, G., EMMONS, J., 1984, Variables related to serious suicidal thoughts among college students, *Naspa Journal*, 22, 1, 57-65.

ABSTRACT

Perceived communication and parental support in families with and without suicidal teenagers

This study focuses on two family-related variables linked to the issue of teenage suicide, namely communication and parental support. The purpose of the study is to compare the perceptions of suicidal and non-suicidal teenagers with those of their parents in order to better understand the relation between these variables and the issue of teenage suicide. Results confirm that communication and parental support represents a problem in families with suicidal teenagers. These dimensions are perceived more negatively by the latter subjects in comparison to the control group. In addition, the variations in perception between the adolescent and his or her parents are much greater in families with suicidal teens. This data supports the usefulness of family interventions when family problems are identified during detection measures or when counseling is requited by a suicidal teenager.